

OK

OPERATIONEEL

Magazine voor
operatieassistenten en
anesthesiemedewerkers

NR. 2 / juni 2018 / JAARGANG 13



Onze OK MEEKIJKEN MET PIETER BUIJSMAN VAN HET WESTFRIESGASTHUIS IN HOORN

- > LVO-CONGRES 2018
- > LAWAAI BIJ TOTALE KNIETPROTHESE
- > VEELBELOVENDE TELLIJST-APP
- > REGISTRATIE DBIR STEEDS EFFICIËNTER

Optipac[®] Vacuum Mixing System

The proven¹ closed vacuum mixing system, pre-packed with bone cement*

PROVEN

On the market since 2008¹ and based on more than 20 years' experience with the Optipac[®] Technology.

STRONG

Mixing **and** collecting under vacuum improves cement fatigue life.¹⁻³

SAFE

SoftPac[™] Technology ensures no breaking of glass ampoules and minimizes exposure to monomer fumes⁴

Optipac | SINCE
2008

*Technology tried in practice of mixing and collecting bone cement in a system under vacuum, see reference 1-3.

1. Wang J-S, *et al.* Porosity of bone cement reduced by mixing and collecting under vacuum. *Acta Orthop Scand.* 64 (2): 143-146, 1993. Laboratory testing is not necessarily indicative of clinical performance.
2. Wang J-S, *et al.* Bone Cement Porosity in Vacuum Mixing Systems, *Bone Cements and Cementing Technique*. In *Bone Cements and Cementing Technique* ed. by Walenkamp G, Murray D, Springer Verlag 2001. Laboratory testing is not necessarily indicative of clinical performance.
3. Dunne N-J, *et al.* Influence of the mixing techniques on the physical properties of acrylic bone cement. *Biomaterials.* 22: 1819-1826, 2001. Laboratory testing is not necessarily indicative of clinical performance.
4. Report from SPTechnical Research Institute of Sweden (2007 08 13). Airborne methyl methacrylate monomer during the use of different bone cement mixing systems.

All content herein is protected by copyright and trademarks owned by or licensed to Zimmer Biomet. This material is intended for health care professionals. For product information, including indications, contraindications, precautions, potential adverse effects, and patient counseling, see the package insert and www.zimmerbiomet.com.

Not for distribution in France.

©2018 Zimmer Biomet - February



OK Operationeel is het vakblad voor operatie-assistenten en anesthesiemedewerkers. Het wordt gemaakt door uitgeverij Y-Publicaties in samenwerking met de LVO (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten) en verspreid onder alle LVO-leden. Verdere verspreiding vindt plaats onder alle OK-afdelingen in Nederlandse ziekenhuizen, particuliere klinieken en opleidingscentra.

Redactie

Hoofdredacteur: Menno Goosen,
okoperatieel@y-publicaties.nl
Redactiecoördinator LVO: Hennie Mulder,
operatieel@lvo.nl

Uitgeverij

Y-Publicaties
Postbus 10208
1001 EE Amsterdam
020-520 60 77
info@y-publicaties.nl
www.y-publicaties.nl
Kijk ook op onze website www.oknieuws.nl

Uitgever: Ralf Beekveldt

Eindredacteur: Marloes van Hoorn
Beeldredacteur: Menno Goosen
Tekstcorrector: Marijn Mostart
Ontwerp: Annelies van Turnhout
Opmaak: Thomson Digital
Opmaakbegeleiding: impaginator.nl
Druk: BalMedia

Advertenties

Cross Media Nederland BV
010-742 19 42
gezondheidszorg@crossadvertising.nl
www.crossmedianederland.com

Abonnementen

SP Aboneeservice
Postbus 105
2400 AC Alphen a/d Rijn
088-1102056
ypublicaties@spaboneeservice.nl

Toezending van OK Operationeel is voor LVO-leden onderdeel van hun lidmaatschap. Voor niet-leden gelden de volgende abonnementsprijzen: jaarabonnement € 65,50; los nummer € 8,50; abonnement buiten Nederland € 82,50. Alle prijzen zijn inclusief btw en verzendkosten. Prijswijzigingen voorbehouden. Opzegging betaalde abonnementen: schriftelijk, uiterlijk twee maanden voor afloop van de abonnementsperiode. Bij niet tijdige opzegging wordt het abonnement automatisch met een jaar verlengd.

© 2018 OK Operationeel

Niets uit deze uitgave mag worden gereproduceerd zonder schriftelijke toestemming van de uitgever. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

14 **VERSLAG VAN HET LVO-CONGRES 2018**

‘Over grenzen kijken’ was het thema van het afgelopen LVO-congres. Het leverde interessante gezichtspunten op. Een verslag van de tweede congresdag.



18 **LAWAAI BIJ TKP: BESCHERMING NODIG**

Winnaar van de Young Professional Award 2018 Pieter Buijsman mat het lawaai bij totale knieprotheseoperaties (TKP) en deed een pilot met oordopjes.



22 **ISALA TELT MET APP**

Het Isala Zwolle heeft een app getest voor het tellen van OK-materiaal. ‘De app werkt superhandig en accuraat, en je krijgt een melding als iets niet compleet is.’



24 **REGISTRATIE DBIR STEEDS EFFICIËNTER**

Borstimplantaten registreren in het DBIR wordt steeds makkelijker en informatiever. Met dank aan universele codering en koppeling aan een wereldwijde database voor medische producten.



en verder:

- 4 REDACTIONEEL
- 4 NIEUWS
- 10 ONZE OK
- 13 COLUMN MARC SCHELTINGA
- 27 LVO-NIEUWS
- 31 COLUMN BERT BAAS

**OK OPERATIONEEL
WORDT MEDE MOGELIJK
GEMAAKT DOOR:**



ZIMMER BIOMET

BESTE LEZER,

Bij totale knieprotheseoperaties kan op termijn gehoorschade ontstaan. Dit concludeert operatieassistent Pieter Buijsman in zijn afstudeeronderzoek. Welke instrumenten en apparaten zijn de boosdoeners en hoe is een pilot met universele 'festivaloordopjes' bevallen? Dit lees je in het uitgebreide artikel op pagina 18. Pieter won met zijn afstudeeronderzoek de Young Professional Award die op het LVO-congres werd uitgereikt. Meer over Pieter lees je daarom in de rubriek 'Onze OK'.

Verder in deze OK Operationeel: tijdens een operatie in Isala Zwolle is een succesvolle test gedaan met de Isala Tellijst-app. De OK heeft namelijk de wens om digitaal bij te houden welk OK-materiaal wordt gebruikt.

Een eigen register, universele GS1-codering en straks ook nog koppeling aan een wereldwijde database voor medische producten: de registratie van borstimplantaten wordt steeds makkelijker en informatiever.

In dit nummer lees je ook twee mooie columns: chirurg Marc Scheltinga schrijft over 'onze ergste vijand' en longarts Bert Baas pleit voor 'menselijker communiceren' op het OK-complex.

Wij wensen je veel leesplezier!

Menno Goosen, hoofdredacteur OK Operationeel
okoperatieel@y-publicaties.nl

Hennie Mulder, redactiecoördinator LVO
operatieel@lvo.nl



DEDICATED TEAMWORK MOET GI-CHIRURGIE VERDER VERBETEREN

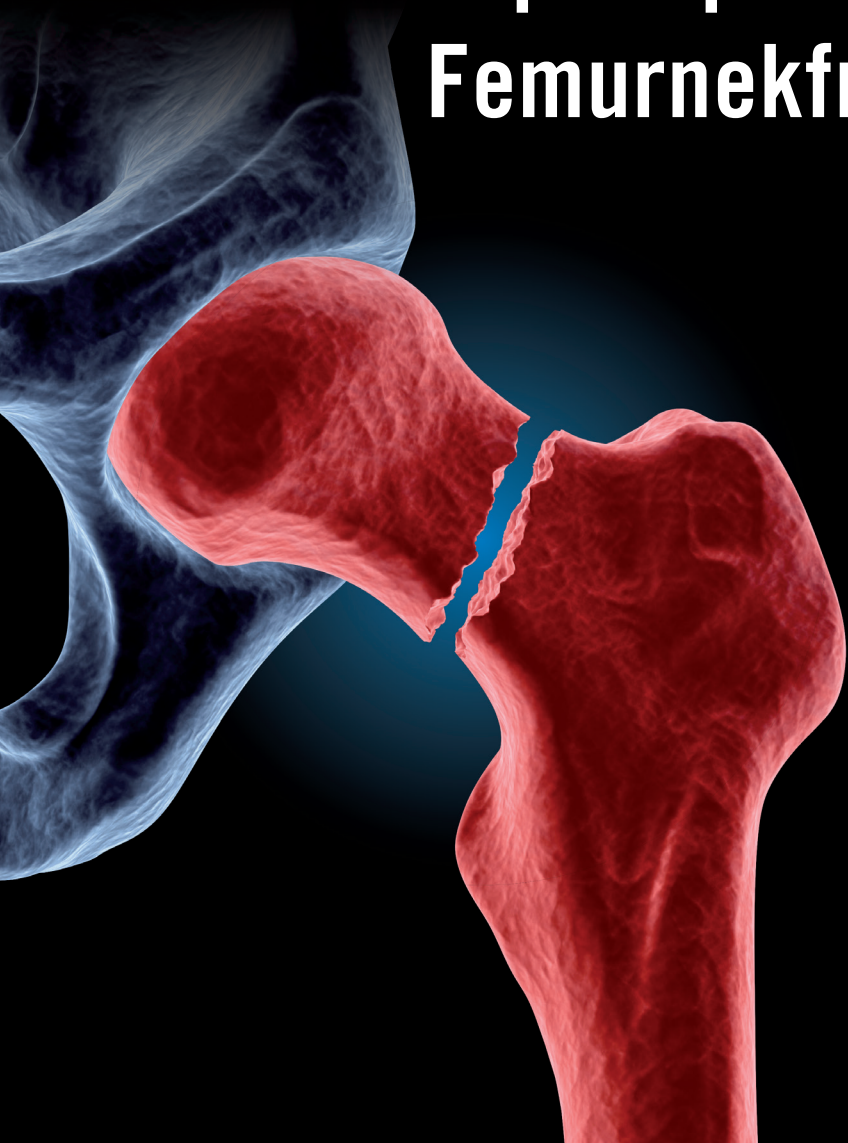
De Nederlandse behandelresultaten van *upper* gastro-intestinale (GI)-chirurgie zijn goed, maar meer centralisatie en betere regionale samenwerking zijn nodig. Dit stelde Mark van Berge Henegouwen onlangs in zijn oratie 'Upper GI Chirurgie aan de bal'. Hiermee aanvaardde hij officieel zijn benoeming tot hoogleraar gastro-intestinale chirurgie aan de UvA/het AMC. De behandeling van slokdarmkanker en maagkanker is de afgelopen twintig jaar fors verbeterd. Toch zijn er landelijk duidelijk verschillende uitkomsten tussen ziekenhuizen. Zo is onlangs aangetoond dat de overleving bij patiënten met slokdarmkanker in Nederland wordt beïnvloed door het ziekenhuis waar de ziekte wordt vastgesteld. Ook de uitkomsten van ziekenhuizen die operaties doen voor slokdarm- en maagkanker variëren.

Volgens Van Berge Henegouwen zit verbetering van zorg vooral in het dedicated teamwork dat vereist is. Slokdarmoperaties zijn bijzonder complex en in één centrum zijn wel tien specialismen betrokken bij de behandeling van de primaire ziekte en de complicaties na de operatie. Om een goed niveau te bereiken is volgens de hoogleraar een minimumvolume nodig dat waarschijnlijk hoger ligt dan het landelijk vastgestelde aantal van twintig operaties per jaar. Van Berge Henegouwen pleit ervoor dat het aantal operaties per ziekenhuis omhooggaat tot veertig of zelfs tachtig op jaarbasis. Centralisatie in enkele centra kan een oplossing zijn, maar goede regionale samenwerking ook. Dit houdt in dat chirurgen uit meerdere ziekenhuizen in één regio niet alleen op papier duidelijk samenwerken, maar ook samen besluiten nemen over hoogcomplexere patiënten, bijvoorbeeld in één multidisciplinair overleg.



Foto: AMC

69% Reductie van
diepe infecties bij
kophalsprotheses na een
Femurnekfractuur*



COPAL[®] G+C

**Botcement met
gentamicine en clindamycine**

* Sprowson AP et al. Bone Joint J 2016; 98-B: 1534-1541

PRODUCTEN EN OPLOSSINGEN WAAROP U KUNT VERTROUWEN

MUZIEK TIJDENS OPERATIE VERMINDERT ANGST EN PIJN



Patiënten die rondom een operatie naar muziek luisteren, ervaren minder angst, pijn en stress dan patiënten die dat niet doen. Ook patiënten die onder volledige narcose werden geopereerd en via een koptelefoon muziek te horen kregen, hadden minder pijn. Onderzoekers van het Erasmus MC hebben hun bevindingen over perioperatieve muziek gepubliceerd in het toonaangevende wetenschappelijke tijdschrift *British Journal of Surgery*. ('Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery,') Onderzoeker Rosalie Kühlmann deed een meta-studie naar het gebruik van muziek bij operatiepatiënten. Deze was onderdeel van het project Muziek als Medicijn van emeritus hoogleraar chirurgie Hans Jeekel. Kühlmann: 'Er zijn al jaren aanwijzingen dat muziek invloed heeft op de hersenen, op angst, stress en pijn. Met deze studie laten we nu onomstotelijk wetenschappelijk bewijs zien. Het is nu evidence-based, wat ook betekent dat richtlijnen voor chirurgie kunnen worden gemaakt. Muziek rondom de OK is eenvoudig toe te passen, veilig, duurzaam en kent geen bijwerkingen.'

HEEFT U NIEUWS?

okoperationeel@y-publicaties.nl

HET ACTUEELSTE OK-NIEUWS:

www.okvisie.nl

GEBROKEN HEUP VOORTAAN SNELLER BEHANDELD

The Hip Joint



Illustratie: Shutterstock

Ouderen met een gebroken heup worden voortaan sneller geholpen in het Máxima Medisch Centrum. De traumatologen van het ziekenhuis houden sinds kort elke middag een traumasessie op de operatiekamers en polikliniek. Doordat er tijdens deze sessies een vast moment is voor heupoperaties, weten patiënten waar zij aan toe zijn en kunnen ze eerder starten met revalideren.

Momenteel komt het nog voor dat patiënten met een gebroken heup lang moeten wachten in het ziekenhuis voordat ze geopereerd worden. Al die tijd moet de patiënt nuchter blijven. Vaak vindt de operatie pas 's avonds plaats en is het operatiemoment lange tijd onbekend.

Dat moet anders, vinden traumachirurgen en -orthopeden in het Máxima Medisch Centrum. Orthooped-traumatoloog Coen Jaspars: 'Als seniorvriendelijk ziekenhuis vinden we het belangrijk om kwetsbare

ouderen met een heupfractuur snel te behandelen. Hoe langer de ziekenhuisopname, des te verzwakter de patiënt.' Om hiervoor te zorgen is dagelijks een OK gereserveerd voor traumachirurgie. 'Dankzij vast geplande trauma-uren op de OK's kunnen we nu alle complexe breuken overdag behandelen', vertelt chirurg-traumatoloog William van Dijk. 'Daarbij is altijd een plek gereserveerd voor een gebroken heup. Gemiddeld is dat één operatie per dag.' Het proces vraagt om een zeer nauwe samenwerking tussen OK-medewerkers, SEH-artsen, chirurgen en orthopeden, maar kent ook veel voordelen. 'Operaties overdag leiden tot betere resultaten, onder andere doordat dan operatieassistenten gespecialiseerd in traumatologie aanwezig zijn. Ook zorgt een snellere behandeling ervoor dat patiënten uiteindelijk minder lang in het ziekenhuis verblijven.'

DONORNIER FUNCTIONEERT BETER NA BEHANDELING MET NIEUWE TECHNIEK



Illustratie: Shutterstock

In het Erasmus MC is voor het eerst in Nederland met succes een nier getransplanteerd die met ‘warme perfusie’ een betere kwaliteit had gekregen. Bij warme perfusie wordt de nier van een overleden donor voorafgaand aan de transplantatie aangesloten op een pomp en doorgespoeld met een verwarmd mengsel van bloed, medicijnen en voedingsstoffen. Met deze nieuwe techniek wordt de normale omgeving van de nier – in het lichaam – zo goed mogelijk nagebootst. Pas daarna wordt de nier geïmplantieerd in de ontvanger.

In Nederland werd warme perfusie nog niet eerder toegepast bij mensen. Wel is uit Brits onderzoek bij transplantatiepatiënten gebleken dat behandeling met warme perfusie de resultaten van de transplantatie verbetert. De perfusie zorgt ervoor dat afvalstoffen uit de nier worden verwijderd en dat

de energievoorraad van de cellen in de nier een oppepper krijgt.

Het Erasmus MC is onlangs begonnen met een studie waarbij deze nieuwe techniek wordt getest. Tien patiënten op leeftijd krijgen de nier van een oudere overleden donor die met de warme vloeistof is behandeld. Niertransplantatie bij senioren komt door de vergrijzing steeds vaker voor. In 1999 heeft Eurotransplant een speciaal seniorenprogramma opgezet. Daarbij worden nieren van overleden patiënten van boven de 65 jaar zo veel mogelijk toegekend aan transplantatiekandidaten van 65 jaar en ouder.

Al enkele jaren wordt onderzoek gedaan naar methoden om de kwaliteit van organen te verbeteren, zodat ook oudere patiënten een kwalitatief goed orgaan kunnen ontvangen. Op dit moment wordt al standaard de koude perfusie toegepast

bij niertransplantatie. De nier wordt na de uitname bij de donor gespoeld met een koude vloeistof met medicatie.

‘Nieren van oudere overleden donoren zijn geschikt voor een transplantatie’, zegt transplantatiechirurg Robert Minnee van het Erasmus MC, die de warme perfusie en de transplantatie uitvoerde. ‘Deze nieren hebben echter aanzienlijk meer tijd nodig om na de transplantatie goed te gaan werken. De ontvanger moet na de transplantatie vaak nog een paar weken dialyseren. De patiënt die de warm behandelde nier heeft ontvangen, was direct na de transplantatie van de dialyse af. We verwachten dat patiënten die met de nieuwe techniek worden geholpen ook na een jaar nog een beduidend betere nierfunctie hebben dan patiënten die een “koud behandelde” nier hebben ontvangen.’

Symposium Perioperatieve zorg

Het Radboudumc in Nijmegen organiseert op vrijdag 28 september aanstaande het symposium 'Perioperatieve zorg: het voorkomen van complicaties doe je samen'. Onderwerpen die aan bod komen zijn onder andere:

- goede pijn diagnostiek leidt tot minder complicaties
- voorkomen van pneumonie
- preventie en behandeling van ondervoeding tijdens opname en thuis
- preoperatieve screening: wat levert het de patiënt op?
- gazen tellen is niet waterdicht
- onderkoeling: ervaringen en technieken uit de praktijk
- positionering: waarom is het zo belangrijk?
- eras: enhanced recovery after surgery
- beter laten: welke handelingen zijn niet zinvol?

Meer informatie is te vinden op:

www.radboudumc.nl/onderwijs/scholingen/peri-operatieve-zorg



Illustratie: Shutterstock

PYLORUS KLIEVEN VIA ENDOSCOOP: PRIMEUR VOOR NEDERLAND

Maag-darm-leverartsen van het Maastricht UMC+ hebben goede resultaten behaald met een endoscopische ingreep om patiënten met gastroparese of een vertraagde maaglediging te behandelen. Bij de ingreep wordt de pylorus van binnenuit gekliefd, waardoor de maaginhoud beter doorstroomt naar de dunne darm. De ingreep is een primeur voor Nederland.

Gastroparese kan verschillende oorzaken hebben. Het kan aangeboren zijn of een gevolg van diabetes type 2, maar komt ook voor als complicatie van een maagoperatie. Met name patiënten die al vele jaren suikerziekte hebben, kunnen er last van krijgen. Aangezien Nederland ruim één miljoen diabetici telt, gaat het om een potentieel grote groep patiënten.

Gastroparese kan tot ondervoeding leiden. Patiënten kunnen nauwelijks nog op een normale manier de dagelijkse kost tot zich nemen, hebben voortdurend last van een vol gevoel, misselijkheid en soms braken. Een deel van de patiënten krijgt dan sondevoeding.

De gangbare behandeling bij gastroparese bestaat uit toediening van medicijnen die de maaglediging bevorderen. Deze medicatie is echter niet altijd krachtig genoeg en kan maar tijdelijk gebruikt worden vanwege bijwerkingen. Alternatieven als het inspuiten van botox om de maagkringspier te verlammen, werken niet bij iedereen en hebben bovendien slechts tijdelijk effect. De huidige standaard als medicijnen niet meer werken, is een extra verbinding te maken naar de dunne darm of het klieven van de



Illustratie: Shutterstock

pylorus van buitenaf. Dat betekent echter een chirurgische ingreep onder volledige narcose.

Het endoscopisch klieven van de pylorus is (nog) geen standaard-ingreep. Het betreft een pilot om de veiligheid te toetsen. Inmiddels zijn zes patiënten op deze manier behandeld. De eerste resultaten zijn zo bemoedigend dat een onderzoek gaat worden opgezet om deze minimaal-invasieve behandeling bij een grotere groep patiënten te kunnen evalueren.

GEDISLOKEERDE POLSBREUK: OPEREREN IS BETER

Patiënten met een gedisllokeerde polsbreek die is rechtgezet kunnen beter geopereerd worden dan een conservatieve behandeling met gips ondergaan. Dit concludeert Marjolein Mulders (AMC) in haar promotieonderzoek 'Distal radius fractures: value based diagnosis, treatment and outcome'. Mulders voerde een gerandomiseerde studie uit waaraan veertien Nederlandse ziekenhuizen deelnamen. Voor het onderzoek keerden patiënten tot één jaar na de behandeling op zes verschillende momenten terug op de polikliniek.

Niet alleen blijken de functionele uitkomsten na opereren beter dan na een conservatieve behandeling, ook ondergaat 42 procent van alle conservatief behandelde patiënten alsnog een operatie omdat de breek in het gips weer scheef is gaan staan. Een operatieve behandeling bespaart bovendien kosten, stelt Mulders, vooral omdat patiënten dan weer sneller aan het werk kunnen. Mulders, die verbonden is aan de trauma-unit van de afdeling Chirurgie, hanteert op dit moment nog de huidige nationale richtlijn. 'Die geeft het advies om alle patiënten met een gedisllokeerde polsbreek die weer is rechtgezet via gesloten repositie, conservatief te behandelen. Ook internationale richtlijnen geven dit advies. Doordat we hebben aangetoond dat patiënten die worden geopereerd een betere functionele uitkomst hebben dan conservatief behandelde patiënten, verwachten we een verandering in het beleid voor dit type breek.'

Distal radius fractures

value based diagnosis,
treatment and outcome

Marjolein A.M. Mulders

ZIEKENHUIZEN STARTEN PREOPERATIEVE FYSIEKE TRAINING EN VOEDINGSADVIES BIJ OESOFAGUSCARCINOOM

Patiënten met een oesofaguscarcinoom hebben tijdens de klinische periode een hoog risico op postoperatieve complicaties: 42 tot 73 procent. Na ontslag uit het ziekenhuis ervaren zij vaak een forse achteruitgang in hun fysieke fitheid. Daarom start binnenkort het project PRIOR (PReoperative intervention to Improve outcomes in Oesophageal cancer patients after Resection). In dit project nemen

patiënten deel aan een preoperatieve interventie, bestaande uit een fysiek trainingsprogramma en voedingsadviezen. Het project is een samenwerking van het Integraal Kankercentrum Nederland met de Hogeschool Utrecht, het UMC Utrecht en het UMC Groningen, en zal worden geïmplementeerd in vier ziekenhuizen in Nederland: het UMC Utrecht, het UMC Groningen, Gelre Ziekenhuizen en Ziekenhuisgroep Twente. Fysiotherapeuten en diëtisten werkzaam in deze ziekenhuizen zijn nauw betrokken bij de inhoud en implementatie.

De behandeling van patiënten met slokdarmkanker in het curatieve traject start doorgaans met neoadjuvante chemoradiatie gedurende zes weken. Deze behandeling wordt na een pauze van ongeveer zes weken gevolgd door een operatie van de oesofagus. In het PRIOR-project werkt een patiënt in de periode tussen de chemoradiatie en de operatie aan een optimale fysieke conditie om zo zijn kansen op een goed postoperatief herstel te bevorderen.

De preoperatieve training richt zich op het verbeteren van de (adem) spierfunctie en de algehele conditie. Afname van spiermassa is een voorspellende factor voor een verminderd postoperatief herstel en komt vaak voor bij patiënten met een oesofaguscarcinoom. Dit trainingsprogramma wordt uitgevoerd onder begeleiding van een eerste lijns fysiotherapeut. Samen met een diëtist werkt de patiënt ook aan een optimale voedingstoestand.

Gedurende het traject vinden meerdere meetmomenten plaats in het ziekenhuis, waarbij de fysieke conditie en de voedingstoestand in kaart worden gebracht en gevolgd. De implementatie van deze nieuwe zorg – preoperatieve interventie en meetmomenten – wordt gecombineerd met een versneld herstelprogramma dat op dit moment al in veel ziekenhuizen geheel of gedeeltelijk is geïmplementeerd.



Illustratie: Shutterstock



Pieter poseert trots met de Young Professional Award die hij tijdens het LVO-congres overhandigd kreeg voor zijn afstudeeronderzoek. Een artikel hierover lees je op pagina 18.

ONZE OK

Meekijken met Pieter Buijsman van het Westfriesgasthuis in Hoorn

Tekst: Marloes van Hoorn

Foto's (Inclusief cover): Ivonne Zijp

Wij zijn trots op ...

... de omgang met elkaar. Coassistenten en aios merken vaak op dat het bij ons zo gezellig is. De dag vliegt voorbij. Ook de zorg rondom patiënten maakt ons trots. We zijn een geoliede machine, onder andere door de crew-resourcemanagementtraining waarmee we nu ruim drie jaar bezig zijn. Bij spoed kennen we onze taak, en we kunnen problemen sneller oplossen dan voorheen. Iedereen vindt het ook belangrijk om op de hoogte te zijn van de nieuwste ontwikkelingen. Ik voel me omringd door gemotiveerde collega's, heel stimulerend. Het zegt natuurlijk ook wel iets dat ik al de tweede leerling van het Westfriesgasthuis ben die de Van Straten Young Professional Award heeft gewonnen met zijn afstudeeronderzoek. Ik ben afgelopen september afgestudeerd, en heb op het afgelopen LVO-congres over mijn onderzoek mogen vertellen.

De succesformule ...

... is denk ik het veilige leerklimaat hier en de ruimte om handelingen te mogen leren. Leerlingen worden serieus genomen. Er

wordt precies gekeken op welke level je functioneert. De kennis die je hebt mag je inzetten. Je voelt dat je meedoet in het team en dat geeft vertrouwen.

Mijn onderzoek ...

... was leuk en afwisselend om te doen. Eerst heb ik gemeten of het geluid tijdens een TKP-operatie gehoorbeschadiging kan veroorzaken. Dit blijkt inderdaad zo te zijn. Vervolgens heb ik een test met pluggers opgezet. Dat zijn die oordopjes die je veel bij festivals ziet. Uit een enquête blijkt dat mijn collega's zich hierdoor beschermd voelden en dat het draagcomfort goed was, maar ze konden elkaar toch wat lastig verstaan. Ik ben van plan om met fabrikanten een oordopje te ontwikkelen dat geschikt is voor de OK. Ja, ik ben wel afgestudeerd maar nog niet klaar met dit onderwerp. Ik merk ook dat het mensen erg bezighoudt. Het onderwerp past bij mijn rol als ergocoach. Die past weer bij mij omdat ik graag met bewegen bezig ben. Nu train ik bijvoorbeeld voor een triatlon. Het is druk, maar met een goede planning is veel mogelijk.

In de pauze ...

... klinkt hier hard gelach uit de koffiekamer. Eten neemt iedereen zelf mee, maar er zijn ook altijd twee pannen soep. Voor de dienst is fruit, brood en beleg aanwezig.

De aflos ...

... is goed georganiseerd dankzij de gangdienst. Die is verantwoordelijk voor alle tien OK's. Ze bewaken de voortgang van de operaties en bieden de helpende hand waar nodig. Als je klaar bent, kun je meteen worden afgelost. Je hoeft niet meer op te ruimen, alles wordt overgenomen. Heel fijn. De gangdienst zorgt ook dat

WIE: Pieter Buijsman

WAT: allround operatieassistent en ergocoach

WAAR: Westfriesgasthuis in Hoorn

BIJ DEBRIEFINGS BESPREKEN WE WAT BETER KAN, MAAR VOORAL OOK WAT GOED IS GEGAAN

al het operatiemateriaal klaarstaat. Dat draagt allemaal bij aan de geoliede machine.

Ons ziekenhuis ...

... heeft als specialisme een nieuwe heup in dagbehandeling. Ruim een jaar geleden zijn we gefuseerd met het Waterlandziekenhuis in Purmerend. Uiteindelijk wordt Purmerend een dagcentrum met meer productie en worden de diensten en middel- en hoogcomplexe ingrepen straks alleen nog in Hoorn gedaan. Iedereen is wel op de een of andere manier met de fusie bezig. Ik zit in het roulatie-team en werk één dag in Purmerend en drie dagen in Hoorn. Het is inspirerend om samen te sparren en te zien dat meerdere wegen naar Rome leiden. In Purmerend zie ik bijvoorbeeld dat de OK's sneller doorlopen dan in Hoorn.

Scholing ...

... wordt vaak georganiseerd in de avonduren of tijdens werkoverleg. Ook de Anesthesistendagen zijn volgepland met interessante activiteiten.

Werkoverleg ...

... houden we eens per maand, van kwart voor acht tot kwart voor negen, met de operatieassistenten. Soms is er overleg met alle OK-medewerkers. De dag verschuift steeds – de ene keer op maandag, de volgende keer op dinsdag – zodat iedereen voldoende aanwezig kan zijn.

Doorlichten ...

... doen de röntgenlaboranten. Het voordeel daarvan is dat zij goed thuis zijn in het positioneren van de C-boog en alle knopjes kennen. Dat voorkomt oponthoud. Maar het lijkt me leuk om dit zelf te doen. In Purmerend hebben de operatieassistenten daar een cursus voor gevolgd. Ik hoop dat we dat mee hiernaartoe gaan nemen.

Specialismedeskundigen ...

... heten bij ons 'dappers' (DAP = Discipline Aanspreek Punt, MvH). Zij zorgen dat de voorraden en protocollen up-to-date zijn en begeleiden leerlingen. Ze vormen de schakel tussen de operateur en de

logistiek medewerkers, die de voorraden monitoren.

De CSA ...

... zit bij ons op het OK-complex. Handig, want we kunnen meteen actie ondernemen als instrumentarium aan vervanging toe is of kapot. Vanaf de doorschuifband aan het einde van de gang komen gebruikte instrumenten rechtstreeks in de vuile ruimte van de CSA. Binnen drie uur is een instrument weer steriel. Daar houden we rekening mee in de planning. Als we een instrument nodig hebben dat nog vuil op een OK ligt, melden we even dat het naar de CSA moet. Vanaf de CSA komen instrumenten meteen in de steriele berging: de achterkant van de autoclaaf komt daarin uit. De CSA-medewerkers zetten alle instrumenten weer terug in de stellingkasten. Ze helpen ook met het klaarzetten voor een operatie.

Een briefing ...

... houden we 's ochtends met het eigen OK-team. We nemen dan het OK-programma door, de materialen die we nodig hebben en potentiële knelpunten. Dat voorkomt onnodige deurbewegingen en oponthoud. Als er halverwege de dag een nieuwe specialist komt, houden we opnieuw een briefing. Verder hebben we natuurlijk de time-out en de sign-out. Bij prothesiologie noteren we tijdens de sign-out ook het aantal deurbewegingen. Op dit moment tellen we die nog hardop: 'deurbeweging 1', 'deurbeweging 2' enzovoort. De omloop neemt hierin het voortouw. Binnenkort krijgen we tellers op de deur. Aan het eind van het OK-programma houden we een debriefing met de specialist. Dan bespreken we wat beter kan, maar vooral wat goed is gegaan. Daar leer je ook veel van!

In de toekomst ...

... hoop ik een gehoorbeschermingsmiddel te hebben gevonden dat geschikt is voor orthopedische prothesechirurgie. Verder hoop ik dat we van de twee ziekenhuizen één sterk ziekenhuis maken dat meedraait in de top van Nederland. ■

brother
at your side



Efficiënt en Veilig

Persoonlijke
polsbandjes en
labels printen op elke
gewenste locatie -



Medische fouten
voorkomen dankzij het
printen van barcodes -
Dat is veilig!

Verbeter de patiëntveiligheid met persoonlijke polsbandjes



Afleiding, onderbrekingen en hoge werkdruk zijn risicofactoren die kunnen leiden tot identificatie problemen en medische fouten.

Door snel en zonder veel omslag belangrijke informatie vast te leggen op polsbandjes en medische labels, kan de TD-2130NHC de werkdruk van medisch personeel verlagen en de patiëntveiligheid verbeteren. Het biedt ziekenhuizen en zorgorganisaties tevens de mogelijkheid om kosten te besparen, omdat er in tegenstelling tot de meeste concurrerende producten, zowel polsbandjes als labels afgedrukt kunnen worden met dezelfde machine.



Volledig mobiel inzetbaar

De machine kan als een mobiele printer op een verplaatsbare trolley gebruikt worden, of eenvoudig gekoppeld worden aan een vast werkstation.

Compatibel met TrustSense™

De TD-2130NHC kan gebruikt worden in combinatie met gespecialiseerde TrustSense™ materialen van PDC, speciaal ontwikkeld voor de zorgsector. Binnen het assortiment is een ruime keuze aan diverse polsbanden en verschillende label formaten.



Meer info: brother.nl

column

My greatest enemy? That's me!



Het is u mogelijk ontgaan, maar u bent echt zélf uw ergste vijand. Nog niet zo lang geleden dachten dokters dat de oorzaak van een ziekte altijd buiten de zieke lag. Zo werden enge micro-organismen door nietsvermoedende gezonde longen ingeademd, waarna ongebreidelde vermenigvuldiging volgde. Als de steeds beroerdere gastheer maar op tijd antibiotica kreeg, gingen de bacteriën dood en kon de stakker het navertellen.

Deze manier van denken was in veel dokterspraktijken algemeen geaccepteerd. In de jaren veertig kwam dit ouderwetse, nogal tweedimensionale ziekte-inzicht echter op losse schroeven te staan. Men ontdekte dat toediening van cortisone (compound E) – een stof die ook wordt geproduceerd door bijnierweefsel – symptomen van reumatisch lijden grotendeels deed verdwijnen. Wat bleek vervolgens: op termijn schakelde dit wondermedicijn de bijnieren juist uit, waardoor de reumapatiënt zieker en zwakker werd.

Was ziek worden dan gewoon een kwestie van een verstoorde balans? Misschien wel. In de jaren tachtig bleek dat ook Sudeckse dystrofie (tegenwoordig 'complex regionaal pijnsyndroom' genoemd) niet simpel in termen van oorzaak en gevolg kon worden verklaard.

Deze aandoening moest worden gezien als een overmatige lichamelijke 'repareerreactie' op een soms piepklein trauma. Zo kon na een banale misstap nog maandenlang een enorme ontsteking van de enkel blijven bestaan. Heel lastig om je patiënt in begrijpelijke taal uit te leggen dat hij zijn pijn eigenlijk aan zichzelf te wijten had.

Is een alvleesklierontsteking misschien ook een voorbeeld van een wankel evenwicht? Bij pancreatitis kunnen stoffes vrijkomen die – normaal onschuldige – darmbacteriën stiekem je bloed in laten kruipen, met soms heftig ziek-zijn en multiorgaanfalen tot gevolg. Het lichaam keert zich tegen zichzelf en wordt misschien wel gestraft vanwege onmatig alcoholgebruik.

Ook je tanden en kiezen zijn je vijand. Voorafgaand aan de Olympische Spelen 2012 in Londen bleek dat veel Nederlandse atleten onbehandelde tandvleesontstekingen hadden; met al die zoete sportdrankjes kun je je voorstellen dat bij topinspanningen gemakkelijk een bacteriëmie kan ontstaan. Een gesaneerd gebit bleek seconden of meters te schelen en leverde meer medailles op. Een goede tandenborstel als doping in de globale competitie.

Als je dacht alleen belagte te worden door onnadenkende lichaamsdelen, heb je het mis. Zelfs je eigen hersenen zijn je onvriendelijk gezind. Burnett verklaart hoe ons brein continu zorgt voor een veel te grote portie adrenaline: 'Onze voorvaders hadden nog wel eens een dagje rust: *no tigers today*.' De massale informatievloed houdt onze psyche doorlopend veel te scherp, veroorzaakt een teveel aan stresshormonen en maakt voldoende tussentijdse ontspanning onmogelijk.

Lichaam en geest: vijanden die je innig moet koesteren.

Marc Scheltinga is chirurg in het Máxima Medisch Centrum.



JAARCONGRES LVO

Over de grenzen van het vak kijken, over de grenzen van het land kijken en over je eigen grenzen kijken. 'Over grenzen kijken' was het thema van het LVO-congres 2018 afgelopen maart. Het leverde interessante gezichtspunten op. 'OK Operationeel' bezocht de tweede congresdag.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt
Foto's: Ivonne Zijp

De tweede dag van het jaarlijkse LVO-congres in de Reehorst in Ede was voor een belangrijk deel gewijd aan werkomgeving en onderwijs. In lezingen met titels als 'Grenzen overschrijden = van elkaar willen leren', 'De grenzen voor een veilig leerklimaat' en 'De onderstroom' namen de sprekers ons mee naar de dagelijkse praktijk en nascholing. Maar eerst was er in de ochtend aandacht voor de inhoudelijke kant van het vak.

AANSLAGEN IN BRUSSEL

De Belgische militair en spoed- en ic-verpleegkundige Jan Vaes keerde in zijn lezing

terug naar de bomaanslagen in en om Brussel van 22 maart 2016. Behalve verpleegkundige is Vaes ook adjudant en crisismanager van het Militair Hospitaal Koningin Astrid in Brussel. Dit ziekenhuis speelde een hoofdrol in de zorg voor de slachtoffers.

Vaes vertelde dat hij een paar maanden voor de aanslagen in Brussel nog had bedacht dat er eens een calamiteitenoefening zou moeten komen vanuit zijn militair ziekenhuis. De aanslagen in Parijs hadden hem op dat idee gebracht. Maar toen opeens waren er de aanslagen in Brussel.

In zijn voordracht liet Vaes zien hoe de acute medische respons gerealiseerd werd toen de bommen waren ontploft in de vertrekterminal van vliegveld Zaventem. Een indrukwekkend verhaal vol leerpunten voor crisismanagement. Ook toonde hij röntgenfoto's van beenverwondingen door fragmentatiebommen die waren gevuld met acetonperoxide (TATP), nagels, schroeven en ander klein metaal. Hij liet zelfs een röntgenfoto zien van het hoofd-halsgebied van een van de omgekomen daders. De kracht van de bommen had een enorm verwoestende werking op de lichamen.

Vervolgens moesten de honderden gewonden worden opgevangen. Gedurende een crisis is een basis vlak bij de rampplek belangrijk. Van daaruit kan dan worden gewerkt. Vaes stelde vast dat scholing en training waardevol zijn om na zo'n aanslag efficiënt hulp te kunnen bieden. 'En durf af te wijken indien dat nodig is', zei hij. 'Daarvoor is moed nodig. Goede communicatie is ook hard nodig. Altijd.'

Als *take home messages* gaf hij mee dat terreur geen spelregels kent en dat er altijd sprake is van chaos. Daarop moet worden geanticipeerd. Als eerste moet worden gezorgd voor een afvoer



2018: GRENZELOOS

keten, en de hulpverleners moeten rekening houden met oorlogsverwondingen. 'Patiënten hebben vrijwel altijd chirurgie nodig, dus er moet voldoende capaciteit in de ziekenhuizen komen, en het personeel in de OK's moet goed voorbereid zijn op zo'n crisis.'

TRANSANAL TOTAL MESORECTAL EXCISION

Na Vaes was het de beurt aan gastro-intestinaal en oncologisch chirurg Erik Belgers van het Zuyderland MC in Heerlen. Hij is gespecialiseerd in transanale chirurgie en doet operaties volgens een nieuwe route voor het lage rectumcarcinoom. Zijn methode heet *transanal total mesorectal excision* (TaTME). Belgers heeft inmiddels 46 keer een TaTME gedaan en 31 naden gemaakt, met 0 procent naadlekkage.

Belgers somt enkele voorwaarden bij deze nieuwe techniek op, waaronder goed zicht op het operatievlak, de juiste anatomie en een lage BMI. Een voordeel van deze operatie is dat de patiënt zijn sfincter met functie behoudt. Daarnaast leidt de techniek volgens Belgers tot minder stomata, een kortere operatietijd, een betere ergonomie, een goede oncologische uitkomst, reductie van conversie, betere preparaten, minder complicaties en lagere kosten dan conventionele operaties.

'Er zijn nog wel wat praktische zaken te regelen', zei Belgers. 'Er moeten een protocol en een getraind team komen. Daarnaast moet worden geïnvesteerd in materialen en apparatuur, zoals een camerasysteem en een lichtbron.'

TRECHTERBORST

De volgende voordracht was van Reinder Jan de Haan, chirurg bij Heelkunde Friesland. Hij legde met veel foto's en animaties

uit hoe hij met de Nuss Bar een correctie uitvoert van het pectus excavatum (PE), ook wel trechterborst of schoenmakersborst genoemd. PE is een aangeboren afwijking waarbij het sternum naar binnen wordt gedrukt. Het komt bij 1 van de 800 tot 1000 mensen voor. 'Vaak besluiten we tot een correctie wanneer er een cardiaal, pulmonaal of psychosociaal probleem optreedt', legde De Haan uit. De Nuss Bar is een metalen staaf die in de thorax wordt gebracht en daarna om zijn as wordt gerooteerd.

CHIRURGISCHE ROOK

Als laatste deze ochtend hield de Deense operatieassistent en docent Elisabeth Solvik Lundholm een bevroren voordracht. Zij waarschuwde voor de gevaren van chirurgische rook en aerosolen, de gasvorm van water, bloed, weefsel en ander vocht. 'Jullie moeten je hier echt tegen wapenen', drukte zij haar gehoor op het hart. 'In de dampen die vrijkomen tijdens een operatie zitten allerlei partikels. Heel klein, maar ze kunnen wel gevaarlijk zijn.' Uit onderzoek blijkt dat in chirurgische rook bacteriën, virussen en meer dan veertig gevaarlijke stoffen kunnen zitten. Deze stoffen zijn toxisch, mutageen en carcinogeen. Het gaat om stoffen als benzeen, hydrogeencyanide, toluen en formaldehyde.

Bij blootstelling kunnen deze stoffen allerlei klachten bij het operatiepersoneel veroor-



zaken. Solvik Lundholm somde er een aantal op: neusirritatie, zere keel, congestie, kortademigheid, bronchospasmen, oogirritatie, astma/allergie, hoofdpijn/duizeligheid of extreme vermoeidheid. 'Het is een feit dat operatiepersoneel twee keer zo veel kans heeft op ademhalingsproblemen als de gemiddelde mens', waarschuwde zij. Daarom drong zij er bij haar gehoor op aan te zorgen voor goede afzuigsystemen om de verspreiding van chirurgische rook met aerosolen tegen te gaan.

BORDSPEL

In de lobby van het congrescentrum vond een workshop plaats. De deelnemers gingen helemaal op in het bordspel 'BEN OK, in 30 seconden wijzer'. Aan de hand van kaartjes probeerden ze in dertig seconden zo veel mogelijk omschrijvingen te geven en te raden. 'Eh, lichaamsuitgangen, twee stuks, afvoer vanuit abdomen', somde een operatieassistent op. 'Dubbelloops stoma', antwoordde haar collega. 'Volgende, snel!' De eerste weer: 'Ritmestoornis, traag.' De tweede direct: 'Bradycardie, volgende!'

Het spel is ontwikkeld door BEN OK, een bij- en nascholingsprogramma van zes Brabantse ziekenhuizen. BEN OK richt zich op het onderhouden en verbeteren van kennis en vaardigheden van gediplomeerde operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. Het programma is onderverdeeld in leerlijnen die een specifiek thema behandelen. Elke leerlijn bestaat uit diverse verplichte en keuzeactiviteiten.

'Het leuke van dit spel is dat je het even tussendoor in een pauze kunt spelen', zei een van de initiatiefnemers, Aafke Slaats. 'En het houdt je bij de les', vulde mede-initiatiefnemer Remy

van Dieren aan. 'Zowel degene die de omschrijvingen geeft als degene die antwoordt moet het van zijn kennis hebben.'

BETROUWBARE KENNIS DELEN

Verderop begon het middagprogramma. In een van de zalen betrokken Fontys-docenten Paul Meijsen en Marja Versantvoort hun gehoor bij hun voordracht 'Grenzen overschrijden = van elkaar willen leren'.

Hoe kunnen we betrouwbaar van elkaar leren? Dat was de grote vraag tijdens de bijeenkomst. Meijsen haalde aan dat de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) niet meer bestaat en dat daardoor protocollen en richtlijnen aan het verouderen zijn. 'Maar er is nog steeds kennis nodig over risicovolle handelingen', zei hij. 'En die protocollen en richtlijnen moeten up-to-date blijven. Het liefst met evidence-based kennis.' Er worden handen in de zaal gevraagd: wie krijgt een protocol van een ander ziekenhuis? Een enkeling. Wie gebruikt buitenlandse protocollen of richtlijnen? Vrijwel niemand.

Toch zijn buitenlandse protocollen wel interessant, vinden Meijsen en Versantvoort. Een jaar geleden waren zij bij een congres van de Amerikaanse Association of periOperative Registered Nurses (AORN) in Boston, met 160.000 leden de enorme Amerikaanse broer van de IVO. De AORN heeft mensen in dienst om richtlijnen te maken. Naar het congres kwamen collega's uit de hele wereld om richtlijnen te bestuderen en te bespreken. Meijsen en Versantvoort hebben er het nodige geleerd, zoals hoe de AORN praktijktoetsen maakt.

In de zaal heerst twijfel over de kwaliteit van richtlijnen en protocollen. Een deelnemer merkte op dat er weinig wetenschappelijk bewijs is. Versantvoort vroeg daarna: 'Denk je dat het gemakkelijk is om je eigen richtlijnen te delen met elkaar?' Hierover volgde een discussie in de zaal. De een denkt van wel, de ander van niet en een volgende weet het gewoon niet. Er wordt gepleit voor leermaterialen delen vanuit de overheid. Iemand anders oppert om de handen ineem te slaan en kwaliteit te delen. 'Dat gebeurt al,' zei Versantvoort, 'op het nieuwe platform kwaliteitok.nl.'



MAAK LEREN VEILIG

Hierna gaf opleidingsadviseur bij de VUmc Amstel Academie Stéphanie van Item-Bakker een lezing. Zij sprak over de grenzen van een veilig leerklimaat en toonde een filmpje met voorbeelden van een onveilig leerklimaat. Hierin zegt een stagebegeleider weinig omzichtig tegen een stagiair in de zorg: 'Nee, ik denk niet dat je een goede verpleegkundige zult worden.'

Vervolgens besprak Van Item de uitvalcijfers onder studenten in opleiding tot operatieassistent en anesthesiemedewerker. De afgelopen tien jaar zijn 1049 studenten gestart. Van hen zijn er 330 (31 procent) gestopt.

Een aanzienlijk deel – 37 procent – is afgehaakt op eigen verzoek. Van Item vermoedt dat deze mensen besloten te stoppen vanwege het opleidingsklimaat. Uit een steekproef onder 53 studenten in opleiding tot operatieassistent blijkt dat zij gemiddeld een 7,3 gaven voor het leefklimaat binnen de instelling. 'Ik vind dit niet veel', zegt Van Item. 'Een ziekenhuis moet mijns inziens een 8,5 kunnen scoren. De vraag is wat nodig is om van de 7,3 een 8,5 te maken.'

Van Item geeft antwoord in de vorm van tips, zoals: niet iedereen zou werkbegeleider moeten kunnen zijn, omdat begeleiden kennis en kunde vereist. Daarnaast pleit ze voor meer personeel en meer scholing van begeleiders. 'Vaak wordt begeleiding er even bij gedaan', zegt ze. Leidinggevend adviseert ze werkbegeleiders beter te selecteren. Ook zouden ze moeten zorgen dat alle collega's meewerken aan een veilige leeromgeving, dat het personeel betrokken is bij leerlingen en dat werkbegeleiders en praktijkbegeleiders beter communiceren. Van Item heeft ook studenten zelf gevraagd naar adviezen voor de werkbegeleiding. Een van de tips was: 'je meer inleven in de leerling'.

DE ONDERSTROOM

Daarna is het woord aan Annerieke de Vries, leidinggevende in de zorg en teamcoach. Haar voordracht is getiteld 'De onderstroom' en gaat over leidinggeven op de OK. Ze vraagt aan de

zaal hoeveel leidinggevend en ze de afgelopen vijf jaar hebben meegemaakt. De meesten hebben er verschillende gehad. Enkelen meer dan vijf. De Vries geeft aan dat het verloop van leidinggevend op de OK's tekenend is voor deze tijd. 'De OK's in Nederland zitten in een zogenoemde *storming*-fase. Er zijn te veel wisselingen van leidinggevend en er is een personeelsgebrek.

De nieuwe leidinggevende is 10 procent van de tijd bezig met de bovenstroom. Dat betreft expliciete zaken zoals taken, inhoud, functies en procedures. De overige 90 procent van de tijd betreft de onderstroom: overtuigingen, rollen, sympathieën, drijfveren, taboes, waarden, gevoelens. Die subjectieve zaken zijn dus van groot belang voor de sfeer en het werkklimaat.'

Omdat er zo veel wordt gewisseld, geeft De Vries tips voor het omgaan met een nieuwe leidinggevende. Zoals: 'Wees nieuwsgierig naar de nieuweling, benoem wat je ziet of hoort. Dus verbloem niet maar benoem. En trek samen op, dat is leuker dan alleen.'

SLOTSHOW OVER PTSS

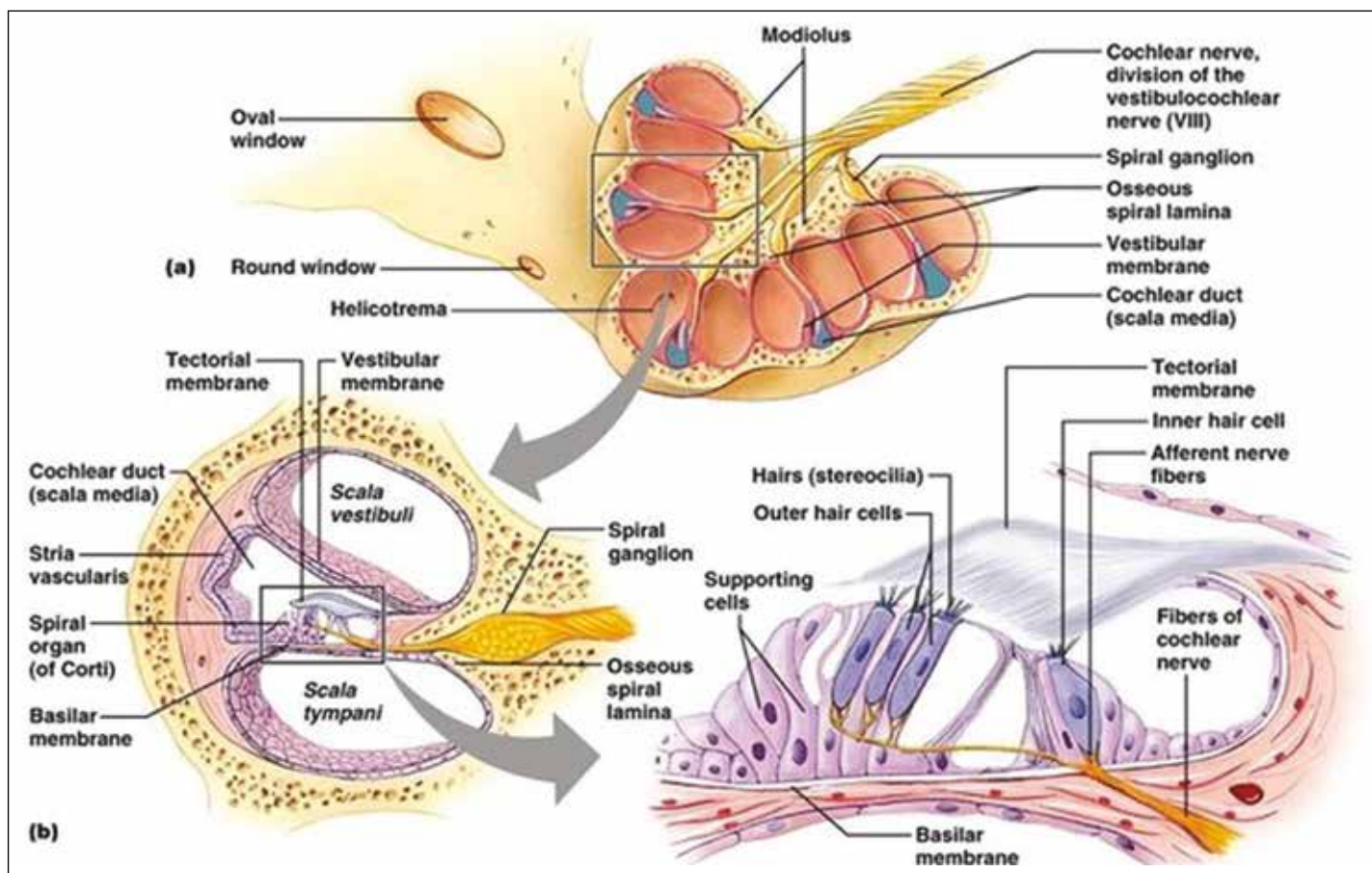
Met deze les over de onderstroom, zat de parallelsessie erop. Bijna was het congres ten einde. Maar eerst was het nog de beurt aan Erik Krikke en zijn band 7even Bridges in de grote zaal. Zij gaven een indrukwekkende show over het onderwerp PTSS, met veel muziek. Krikke kreeg PTSS nadat hij als operatieassistent en militair in Afghanistan had gediend.

Dan is het LVO-congres 2018 ten einde. Er is veel gepraat, veel geleerd en veel over grenzen heen gekeken. ■

Afstudeeronderzoek naar gehoorschade en
-bescherming bij totale knieprothese

LAWAAIPIEKEN VRAGEN OM OORDOPJES

Bij totale knieprotheseoperaties kan op termijn gehoorschade ontstaan bij het operatieteam. Dit concludeert Pieter Buijsman uit zijn afstudeeronderzoek in het Westfriesgasthuis. Welke instrumenten en apparaten zijn de boosdoeners en hoe is een pilot met universele 'festivaloordopjes' bevallen?



Steeds meer ziekenhuizen en klinieken bieden hun personeel gehoorbescherming aan bij orthopedische prothesechirurgie. Een wijs besluit, want gehoorschade staat al jaren in de Europese top drie van beroepsziekten.¹ Naast gehoorschade kan lawaai ook niet-auditieve klachten veroorzaken. Denk aan hypertensie, hartritmestoornissen, hoofdpijn, migraine en concentratie- en vermoeidheidsklachten.

In het Westfriesgasthuis was nog niet onderzocht of geluid bij het plaatsen van een totale knieprothese (TKP) schadelijk is. Een mooi onderwerp dus voor mijn scriptie. Hiervoor heb ik bepaald in welke mate sprake is van schadelijk geluid bij TKP-operaties en welke apparaten en instrumenten dit veroorzaken. Vervolgens heb ik nog een pilotstudie met universele otoplastieken uitgevoerd. Met dit afstudeeronderzoek heb ik tijdens het afgelopen LVO-congres de Van Straten Medical Young Professional Award gewonnen.

ARBOBESLUIT

Gehoorschade kan optreden als de maximale blootstellingsduur van het binnenkomende geluid wordt overschreden. Voor 80 dB(A) – een drukke verkeersweg – is de maximale blootstellingsduur 8 uur per 24 uur. Bij elke toename van 3 dB(A) halveert deze: bij 83 dB(A) is 4 uur het maximum, bij 86 dB(A) 2 uur enzovoort. Als de dagdosis van 80 dB(A) wordt overschreden, zijn werkgevers volgens het Arbobesluit verplicht gehoorbescherming beschikbaar te stellen. Bij dagelijkse blootstelling aan een dosis boven de 85 dB(A) moeten werknemers de gehoorbeschermers ook echt dragen.

MEETPROCEDURE

In het Westfriesgasthuis worden per TKP-sessie gemiddeld drie operaties uitgevoerd. Om een realistisch beeld te krijgen van de lawaai-

blootstelling heb ik de metingen steeds bij drie achtereenvolgende operaties verricht. Ik heb vanaf twee verschillende posities gemeten. In totaal dus bij zes operaties. Meetpositie 1 was dicht bij de geluidsbron en mat de geluidsblootstelling van het steriele team; meetpositie 2 bevond zich op dezelfde afstand van de geluidsbron als de omloop en anesthesie.

Mijn hulpmiddelen waren een decibelmeter en een stopwatch. De decibelmeter was geactiveerd vanaf het begin van de incisie tot aan het sluiten van de operatiewond. Als het geluid boven de 80 dB(A) kwam, zette ik de stopwatch aan om de duur van de geluidspiek te meten. Van de desbetreffende geluidspiek noteerde ik wat het decibelverloop was, hoe lang de piek duurde en welk instrumentarium of welke apparatuur werd gebruikt tijdens dit moment.

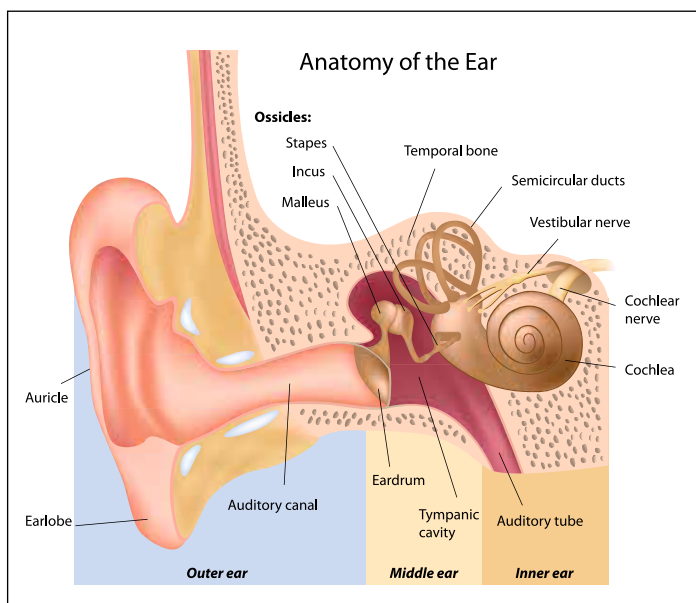
Bij de meetprocedures heb ik rekening gehouden met man-vrouwverschillen bij patiënten. Bij vrouwen komt namelijk vaker osteoporotisch bot voor, en bothardheid kan invloed hebben op de meetuitkomsten. Voor een zo neutraal mogelijke uitkomst heb ik bij zowel mannen als vrouwen metingen uitgevoerd.

MEETUITKOMSTEN

Van alle genoteerde geluidspieken heb ik het gemiddelde per meetpositie berekend. Dit gemiddelde is dus gebaseerd op alle gemeten geluidspieken gedurende drie achtereenvolgende TKP-operaties. Op meetpositie 1 ging het om gemiddeld 86,6 dB(A) gedurende 11 minuten. Meetpositie 2 had een gemiddelde van 85,3 dB(A) gedurende 10 minuten. Opvallend was dat op meetpositie 1 maar liefst vijf geluidspieken van tussen de 100 dB(A) en 120 dB(A) plaatsvonden. Het schadelijke geluid bleek voornamelijk afkomstig van:

- het werken met de boor-/zaagapparatuur in combinatie met de prothesemallen;
- het gebruik van de ijzeren in- en uitslaginstrumenten;
- het slaan van de stalen hamer op de drel die de prothese aanslaat.

Tekst: Pieter Buijsman, operatieassistent, Westfriesgasthuis
Illustraties: Shutterstock



RISICOANALYSE EN CONCLUSIE

Voor 86,6 dB(A) – de gemiddelde geluidspiek op meetpositie 1 – geldt een maximale blootstellingsduur van 2 uur per 24 uur. In een situatie van drie TKP-operaties in het Westfriesgasthuis worden de medewerkers van het steriele team 11 minuten hieraan blootgesteld. Voor 85,3 dB(A) – gemeten op meetpositie 2 – geldt een maximale blootstellingsduur van 2 uur en 50 minuten per 24 uur. De omloop en de anesthesie werden hieraan 10 minuten blootgesteld. In beide gevallen wordt de maximale blootstellingsduur bij lange na niet overschreden. Wel kunnen de niet-auditieve effecten een rol gaan spelen.⁴

Bij het plaatsen van totale knieprothesen in het Westfriesgasthuis bestaat dus geen kans op acute gehoorschade. De meetuitkomsten vallen namelijk binnen de veilige marge. Dit is een geruststellende uitkomst voor zowel het ziekenhuis als het personeel.

Wel zit er een addertje onder het gras: de krachtige geluidspieken gemeten op meetpositie 1 – variërend van 100 dB(A) tot 120 dB(A) – kunnen binnen vijf jaar tot beginnende lawaailechthorendheid leiden.⁵ Dergelijke geluidspieken zijn zo krachtig dat ze kleine scheurtjes kunnen maken in de stereocilia (zie kader). Hoe frequenter de blootstelling aan dergelijke pieken, hoe groter de scheurtjes. Uiteindelijk breken de stereocilia in hun geheel af. Eenmaal afgebroken stereocilia kunnen geen depolarisatie in hun haarcel meer veroorzaken, waardoor geen actiepotentiaal meer naar de auditieve cortex kan worden gestuurd. De geluidsfrequenties waarvoor deze stereocilia gevoelig waren kunnen dan niet meer worden gehoord.

Van geluid tot horen

Horen wordt mogelijk gemaakt door een keten van structuren die goed met elkaar samenwerken. Deze keten – het gehoormechanisme – is zeer kwetsbaar. Geluidsgolven die het oor bereiken brengen het membrana tympani met de daaraan verbonden malleus, incus en stapes in beweging.

De stapesvoetplaat geeft deze trilling vervolgens door aan het fenestra vestibuli van het binnenoor, dat met endolymfe is gevuld. Op dit punt vindt dus een omzetting plaats van een luchttrilling naar een vloeistoftrilling. Omdat de oppervlakte van het membrana tympani drie keer zo groot is als de stapesvoetplaat, wordt de luchttrilling ook drie keer zo sterk doorgegeven aan het binnenoor. Deze factorvergroting is nodig om de luchttrilling in ware sterkte om te zetten in een vloeistoftrilling.

Vanaf het fenestra vestibuli vindt de vloeistoftrilling haar weg naar de cochlea. De cochlea bestaat uit drie halve kanalen die met dunwandige membranen van elkaar zijn gescheiden. De vloeistoftrilling die zich in de scala vestibuli bevindt, wordt door het dunne membraan doorgegeven aan de ductus cochlearis. In de ductus cochlearis

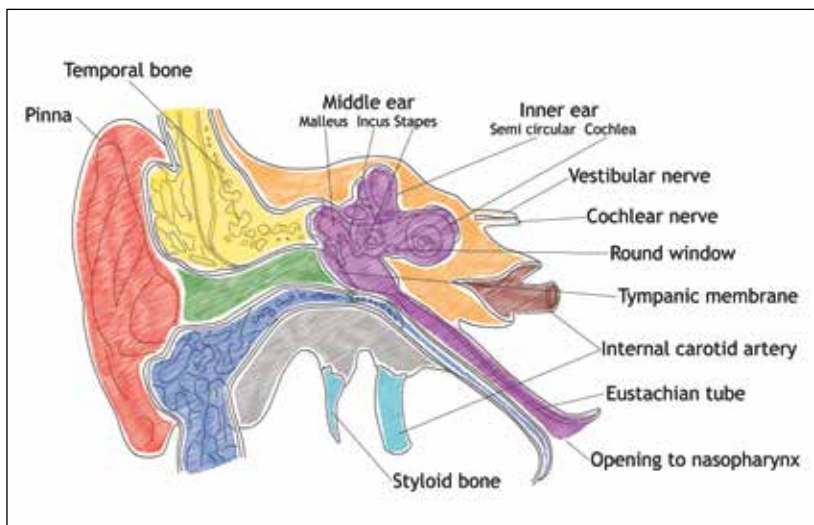


De 'festivaloordopjes' uit het pilotonderzoek van het Westfriesgasthuis.

zitten van begin tot eind duizenden orgaantjes van Corti gerangschikt. Elk orgaantje is weer gevoelig voor een andere toonhoogte.

De orgaantjes van Corti zijn uitgerust met trilhaarcellen. Hierop bevinden zich stereocilia, die door de vloeistoftrilling in beweging komen. Daardoor verandert de natrium-kaliumverhouding in de trilhaarcel; de cel depolariseert en er ontstaat een actiepotentiaal. Deze bereikt via de nervus cochlearis uiteindelijk de primair auditieve cortex van de temporaalkwab. Hier wordt de actiepotentiaal door duizenden neuronen verwerkt en herkend.

De stereocilia zijn flinterdun en kunnen snel afbreken door harde trillingen (schadelijk geluid). De afgebroken stereocilia hebben niet het vermogen zich te herstellen. Eenmaal ontstane schade betekent in de meeste gevallen blijvende schade.



GEHOORBESCHERMING

Er zijn heel veel soorten gehoorbescherming op de markt. Voor medewerkers van het steriele team is de keuze echter zeer beperkt. Dit komt door de vele eisen die aan gehoorbeschermers op de OK worden gesteld. Ze moeten lange tijd gedragen kunnen worden en voldoende bescherming bieden. Daarnaast moet onderlinge communicatie steeds mogelijk blijven, omdat te allen tijde belangrijke gegevens moeten kunnen worden uitgewisseld.

In de festivalwereld is veel onderzoek gedaan naar universele otoplastieken met een communicatiefilter. De resultaten van de onderzoeken zijn verbluffend goed. Festivalgangers geven aan zich heel goed beschermd te voelen tegen het harde geluid en desondanks te kunnen communiceren met medefestivalgangers.

Uit de onderzoeken kan worden geconcludeerd dat de communicatiefilter in de praktijk goed blijkt te werken.⁶ Daarbij komt dat de universele otoplastiek vele malen goedkoper is dan de op maat gemaakte, *custom-made* otoplastiek. Wellicht een geschikt hulpmiddel dus voor operatieassistenten.

PILOT

Met de 'festivaloordopjes' heb ik een pilotonderzoek gedaan op de operatiekamer. Drie maanden lang hebben twintig medewerkers van het steriele team een universele otoplastiek met communicatiefilter gedragen tijdens TKP-operaties. Na deze drie maanden heeft ieder van hen een enquête ingevuld. Aan de hand van vragen hebben zij beoordelingen gegeven met cijfers van 0 tot en met 10. De enquête richtte zich op vier onderdelen: gebruikscomfort (score: 7,3), bescherming (8,4), communicatie (5,6) en geschiktheid (6,2). Gemiddeld werd de universele otoplastiek met communicatiefilter beoordeeld met een 6,9. Een mooie voldoende voor een veilige, comfortabele en goede manier van gehoorbescherming.

Uit de enquête blijkt dat communiceren ondanks de communicatiefilter moeilijk is. Veelvuldig kwam naar voren dat de drager het

als irriterend ervaart zichzelf te horen praten. Daarentegen gaf iedereen aan deze manier van gehoorbescherming zeer geschikt te vinden voor onze doelgroep.

AANBEVELING

De universele otoplastiek uitgerust met communicatiefilter wordt door mijn collega's geschikt bevonden voor operatieassistenten. Voor gemiddeld 20 euro per setje bent u beschermd tegen de schadelijke geluidspieken van een TKP-operatie. Dat is goedkoper dan een *custom-made* otoplastiek. Wel moet de techniek van het communicatiefilter

in de toekomst verbeterd worden, aangezien communiceren hiermee toch lastig wordt gevonden. Een leuk project waarop ik mij de komende jaren wil richten. Wordt vervolgd ... ■

Bronnen

1. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Beroepsziekten in cijfers 2014. Te downloaden via www.hoorstichting.nl/publicaties/beroepsziekte-slechthorendheid.
2. Leefmilieu Brussel-BIM. Factsheet Impact van lawaai op overlast, levenskwaliteit en gezondheid. 2018. Te downloaden via: www.environment.brussels/node/1951
3. Versluis R.G.J.A., Petri H., Ven C.M. van de, et al. Prevalentie van osteoporose bij postmenopauzale vrouwen in een huisartsenpraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1999. 143:20-4.
4. Suijkerbuijk, H. Lawaai en trillingen, preventieboekje welzijn op het werk, pag. 649-650. Wolters Kluwer België. 2017.
5. Kamal S.A. Orthopaedic theatres: a possible noise hazard?, J laryngol Otol 1982. 96(11):985-90.
6. Ramakers G.G., Kraaijenga V.J., Cattani G. et al. Effectiveness of Earplugs in preventing recreational noise-Induced Hearing Loss a randomized clinical trial. JAMA Otolaryngology-head & neck surgery 2016. 142(6):551-8.

Lees meer over Pieter Buijsman en 'zijn OK' op pagina 10.

ISALA TELT OK-MATERIAAL MET 'SLIMME' APP

Tijdens een operatie in Isala Zwolle is een succesvolle test gedaan met de Isala Tellijst-app. De OK heeft namelijk de wens om digitaal bij te houden welk OK-materiaal wordt gebruikt. 'De app helpt ons goed te tellen en achteraf te rapporteren wat er precies gebeurd is.'

Tekst: Gerben Hart,
online marketing- en
communicatieadviseur

Foto's: Isala

Whiteboards, geplastificeerde lijsten en een doos stiften behoren in veel ziekenhuizen tot het vaste arsenaal van instrumenten voor registratie van instrumenten, gazen, disposables en hechtnaalden. Ook bij Isala. Het ziekenhuis, met tevens locaties in Meppel (daar is ook een operatieafdeling), Heerde, Steenwijk en Kampen, wil er graag vanaf. Hiervoor heeft het een testversie ontwikkeld van de Tellijst-app. Daarmee kan op een iPad digitaal worden bijgehouden welk materiaal tijdens een operatie wordt gebruikt. 'Het idee voor de Tellijst-app is ontstaan uit de wens om nog veiliger en efficiënter te werken tijdens operaties', vertelt Jacqueline Ter Wal, operationeel leidinggevende operatieafdeling, chirurgie. 'Zelf heb ik ruim 35 jaar ervaring als operatieassistent. Ik weet hoe belangrijk het is om bij te houden welke materialen tijdens een ingreep worden gebruikt. Met de Tellijst-app willen we dit proces digitaliseren en vereenvoudigen.'

Tellijst-app: de voordelen

- Eenduidige werkwijze.
- Vooringevulde informatie.
- Automatische registratie.
- Traceerbaarheid.
- Automatische rapportage.
- Digitaal bewaren.

De eerste testversie van de app hebben Ter Wal en haar team gemaakt met de ICT-afdeling Isala Development Service en ontwerpbureau Panton. Daarvoor hebben alle partijen zich een dag 'opgesloten' en alles doorgenomen. Een enorme klus, maar met resultaat. 'De app helpt ons goed te tellen en achteraf te rapporteren wat er precies gebeurd is', aldus Ter Wal.

HUIDIGE WERKWIJZE EN AMBITIE

Momenteel gebruikt de OK-afdeling van Isala voor het tellen nog een geplastificeerde tellijst, een whiteboard, stiften, een hechtnaaldendoos en gazentelzakjes. Ter Wal: 'Nadeel is dat een geplastificeerde tellijst vies kan worden of vervaagt. Je werkt met twee dingen: stift en papier, dat is niet altijd handig. Als de set wordt aangepast door de CSA, moet de hele lijst worden aangepast door de drukker. Dit gebeurt regelmatig.'

Om de sets te verduidelijken wordt daarnaast een fotoboek gebruikt. 'Dat moet straks ook beschikbaar zijn op de iPad', aldus Ter



OL-er Jacqueline Ter Wal en operatieassistent Geja van der Sluis.

Tellijst-app: bijeenkomst 13 september bij Isala

Om de Tellijst-app te ontwikkelen en cofinancieren zoekt Isala samenwerkingspartners. Samen met andere ziekenhuizen wil Isala de kosten, kennis en innovaties delen. Doel is een breed gedragen app die ziekenhuizen op maat kunnen gebruiken en inrichten.

Donderdag 13 september is bij Isala in Zwolle een bijeenkomst van 14.00 tot 16.00 uur voor geïnteresseerden. Tijdens deze bijeenkomst is er een presentatie en demonstratie van de Tellijst-app en kunnen mensen zelf de app uitproberen. Er is plek voor veertig mensen. Onder het genot van een hapje en een drankje is er genoeg ruimte om ervaringen en ideeën uit te wisselen. Meer informatie en aanmelden kan via tellijstapp@isala.nl.

Wal. 'Scheelt weer een papieren klapper. Ook kun je met de iPad barcodes scannen van de klaarzetkar in de opdekrumte. Je hoeft dan niet meer sets en disposables handmatig te scannen en steeds naar de computer te lopen, die in een andere ruimte staat.'

REALTIME TEST

De testversie van de Tellijst-app is realtime uitgetest tijdens een Whipple-operatie. De app stond op een iPad met schokbestendige hoes en te reinigen touchscreen. Deze eerste test verliep perfect, blikt operatieassistent Linda Hilboezen terug. Zij bediende samen met collega's de tablet tijdens de Whipple-operatie. 'De app werkt echt superhandig en accuraat, en je krijgt een melding als iets niet compleet is. Je kunt de iPad zo overdragen, zodat een collega eventueel verder kan tellen. Dat hebben we ook gedaan. Die overdracht verliep heel soepel.'

Dat ervoer operatieassistent Jennifer Mandelli ook zo. 'Met de app staat alles geregistreerd met naam en toenaam. Dat is het mooie, je voelt je verantwoordelijk door deze geregistreerde overdrachtsmomenten. Dat is nu natuurlijk ook zo, maar de tussentijdse registratie wordt niet ingevoerd. Met de iPad ben je verplicht dit te doen, anders kun je niet verder in het proces.'

Collega Geja van der Sluis vult aan: 'Veilig bij een overname van de dienstploeg is dat je meerdere momenten hebt om te registreren, die je zelf kunt bepalen.' 'Ook handig', gaat de operatieassistent enthousiast verder: 'Je loopt niet het risico dat je iets uitveegt, zoals nu op een tellijst met stift, of dat je überhaupt een stift moet zoeken of dat die stift op is. Je hoeft niet meer tellijsten na afloop schoon te maken en te laten drogen. Dat scheelt gewoon werk. Zo maakt de app in heel veel kleine dingen het werk efficiënter en ook leuker!'

Het is de bedoeling dat de app gekoppeld wordt aan andere systemen, zoals het elektronisch patiëntendossier HiX. De technische definitie hiervoor is reeds beschikbaar. Ook zal de app direct de



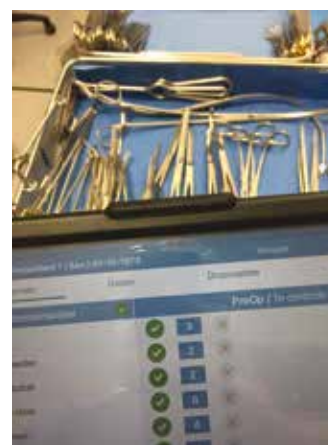
Tellen vatrooster met de Tellijst app.



Whiteboard waarop onder andere de gazen en disposables worden genoteerd.



Tellen met de app.



Groene vinkjes geven aan dat het instrumentarium is geteld en juist is.

voorraad van (hulp)middelen kunnen registreren en bestellen.

PARTNERS GEZOCHT

Isala zoekt nog samenwerkingspartners om de app verder te ontwikkelen en te financieren. 'Daarom is Isala *on the road*', grapt Ter Wal. 'We gaan actief op pad, nodigen vakcollega's bij ons uit voor een presentatie en hebben de testversie van de app al gepresenteerd tijdens het LVO-congres, een bijeenkomst van de Vereniging Veilige Curatieve Zorg en het Health Valley-congres. Veel ziekenhuizen toonden daar interesse. Er was vraag naar de mogelijkheid om de app te koppelen met HiX. In HiX moet je namelijk achteraf invullen dat de IGDH geteld zijn, of er iets mist of bewust is achtergelaten en wie de instrumenterende en omloop waren met wisseltijden. De Tellijst-app kan dat allemaal automatisch bijhouden. Slim toch? We hopen dat meerdere ziekenhuizen de app willen gebruiken, zodat we samen kunnen bijdragen aan de patiëntveiligheid.' ■

REGISTRATIE BORSTIMPLANTATEN STEEDS EFFICIËNTER

Een eigen register, universele GS1-codering en straks ook nog koppeling aan een wereldwijde database voor medische producten: de registratie van borstimplantaten wordt steeds makkelijker en informatiever.



Naar schatting 3,4 procent van alle Nederlandse vrouwen heeft een borstimplantaat. In 2010 liet het schandaal met defecte siliconenimplantaten van het Franse bedrijf PIP zien dat een dergelijk implantaat mankementen kan hebben. Veel patiënten konden destijds echter niet achterhalen of ze dit implantaat droegen, omdat de kliniek failliet was of hun gegevens verloren waren gegaan. Ook recentelijk nog bleek uit een rapport van de RIVM in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat niet alle implantatenfabrikanten een foutloos productieproces hebben.¹ Gelukkig waren er geen patiënten in gevaar door deze tekortkomingen. Wel blijkt opnieuw hoe belangrijk het is dat vrouwen gemakkelijk en snel kunnen worden opgespoord, mocht hun implantaat worden teruggeroepen.

DUTCH BREAST IMPLANT REGISTRY

Een eerste stap is gezet met het Nederlandse borstimplantatenregister DBIR (DBIR = Dutch Breast Implant Registry). Sinds drie jaar worden hierin bijna dagelijks operaties met borstimplantaten geregistreerd. Behalve voor terugroepacties is dit register ook van belang om de kwaliteit van de implantaten en implantatenchirurgie in Nederlandse klinieken en ziekenhuizen te kunnen vergelijken: is implantaat A beter dan B; is bij patiënt X implantaat A beter dan B; waarom heeft dokter A minder complicaties dan dokter B?

UNIVERSELE CODERING

Voor succesvolle registratie is natuurlijk een correcte invoer nodig. Om dit makkelijker te maken werkt de organisatie GS1 samen met fabrikanten aan een wereldwijd coderingssysteem dat *track-and-trace* mogelijk maakt. Een universele barcode is hierbij essentieel. Een pot pindakaas kan allang worden getraceerd van de fabriek tot het verlaten van de winkel. Producten in de zorg zijn meestal nog niet van het begin tot het eind te volgen. In de fabriek hebben ze de ene code; na verkoop aan een distributeur vaak een andere; in een ziekenhuis worden producten nog weer op een andere manier gelabeld. Met een universeel productcodesysteem moet het product kunnen worden gevolgd van direct na de ontwikkeling tot in de patiënt.

Een aantal fabrikanten van borstimplantaten maakt al gebruik van de universele GS1-codering. Het gaat om Eurosilicone, Polytex en Mentor. Het borstimplantaat krijgt in de fabriek een unieke barcode die gescand kan worden. Deze barcode bevat allerlei eigenschappen van het product, zoals het productidentificatienummer (wat is het?), de houdbaarheidsdatum en het serie- en/of lotnummer. Hierdoor kan het product worden geïdentificeerd tijdens alle fases (in de fabriek, bij de distributeur, in het ziekenhuis en in de patiënt); zeer belangrijk voor een track-and-trace-actie.

Tijdens de registratie in het DBIR worden deze gegevens ook ingevuld. Het is de bedoeling dat met een simpele scan van de barcode op de doos deze gegevens automatisch worden overgenomen het DBIR.

EUDAMED-DATABASE: NOG MEER INFORMATIE

Binnenkort zal nog meer informatie aan de GS1-code kunnen worden gekoppeld. Hierdoor zal het registreren in het DBIR verder geautomatiseerd worden en dus eenvoudiger. Met de GS1-code zal informatie te verkrijgen zijn via een externe database op internet, de Europese database voor medische instrumenten EUDAMED. Denk bij borstimplantaten aan informatie over het volume, de vorm en de rand van de implantaten (glad of getextureerd).

In de Verenigde Staten wordt al met de Amerikaanse variant gewerkt. Europa zal snel volgen; de wet die de database verplicht stelt, is vorig jaar door de EU aangenomen. In 2021 moet alle informatie over andere borstimplantaten in deze database zijn opgenomen.

Dat betekent dat met het scannen van de GS1-code voor het DBIR niet alleen de REF en LOT/SN automatisch kunnen worden overgenomen, maar ook een heleboel andere velden (zoals het volume). Het invullen wordt dus nog makkelijker en sneller.

In oktober 2017 organiseerde GS1 een wereldwijd congres waarop de noodzaak en het succes van deze automatisering voor borstimplantaten werden aangetoond. Uiteraard zijn er veel meer gebieden waarop dit noodzakelijk is, zoals medicatie.

OPROEP

Gebruikt uw ziekenhuis een scansysteem om producten te registreren en heeft het een elektronische patiëntendatabase, zoals Chipsoft of SAP? Dan kan het DBIR hieraan worden gekoppeld. Als dit nog niet is gebeurd, kan via de servicedesk van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) worden gekeken of dit mogelijk is. Zo kan het administratieve werk op de werkvloer omlaag en kan een veiligere omgeving worden gecreëerd voor vrouwen met een borstimplantaat. Namens de hele wetenschappelijke commissie van het DBIR: bedankt hiervoor! ■

Voetnoot

1. RIVM. Rapport 2015-0100. Silicone breast implants in the Netherlands: A market surveillance study. 2016.

Tekst: Wetenschappelijke commissie DBIR

Foto: GS1 Nederland

TRAUMADAGEN 18

HOOFDSPONSOREN

DePuy Synthes
Pro Motion Medical
Stryker Nederland

SAVE THE DATE!

nvt

22 & 23 NOVEMBER 2018

RAI Amsterdam

WWW.TRAUMA.NL

DEADLINE INZENDING VRIJE VOORDRACHTEN EN/OF POSTERS: 1 JUNI 2018
Voor de instructies verwijzen wij naar de website: www.trauma.nl

TOPICS

- ENKELFRACTUREN
- REVALIDATIE NA TRAUMACHIRURGIE
- POLYTRAUMA
- KINDERTRAUMATOLOGIE
- TRAUMA UNITS

DE CONGRESKOMMISSIE heeft ook dit jaar weer een raamwerk gecreëerd om de twee Traumadagen tot een succes te maken. Interessante battles, gelegenheid voor vrije voordrachten en (inter)nationaal gerenommeerde keynote-sprekers zullen deze twee dagen onvergetelijk maken!

EXTRA EVENTS

- ONTBIJTSESSIES
- WORKSHOPS
- LUNCH SYMPOSIA

Organisatie Stichting Traumatologie Nederland

T +31 (0)343 51 18 51 - secretariaat@trauma.nl - www.trauma.nl

Wetenschappelijke partners:



Meer informatie

Dit is een korte weergave van de twee traumadagen, voor meer informatie verwijzen wij u naar: www.trauma.nl

MAJORSponsor: Mathys Orthopaedics



EORNA
EUROPEAN OPERATING ROOM
NURSES ASSOCIATION

2019: EORNA-congres in Den Haag

In 2019 is er geen IVO-congres, maar komt het EORNA-congres naar Den Haag. EORNA is de Europese vereniging van operatie-assistenten. Lijkt het je leuk om te komen spreken? Dien dan een *abstract* in voor 15 juli aanstaande. Kijk voor meer informatie op de congreswebsite: www.eorna-congress.eu.



“ON THE MOVE”

9th EORNA Congress
The Hague, The Netherlands
16 - 19 May 2019

www.eorna-congress.eu

22 en 23 november 2018: Traumadagen

Op 22 en 23 november zullen in de RAI te Amsterdam weer de Traumadagen plaatsvinden: het landelijke traumacongres voor traumachirurgen, orthopeden en operatieassistenten. Dé plek om wetenschappelijk up-to-date te blijven en op een informele manier met elkaar te discussiëren.

Dit jaar zijn de topics: enkelfracturen, revalidatie na traumachirurgie, polytrauma, kindertraumatologie en trauma-units. Extra events zijn ontbijtsessies en workshops.

In navolging van het succes van vorig jaar is er een tweedaags LVO-programma. Op de vrijdag wordt hier casuïstiek gepresenteerd, waarna in samenwerking met de industrie *hands-on* geoefend kan worden tijdens workshops. De thema's zullen aansluiten bij de topics, zoals enkelfracturen.

Tevens zullen er plenaire en parallelle sessies zijn. De parallelle sessies voor de operatieassistenten worden samengesteld door Hennie Mulder, operatieassistent in het Máxima Medisch Centrum en bestuurslid van de LVO.

Noteer alvast de data in uw agenda en reserveer deze bij uw leidinggevende. U zult nergens anders in twee dagen zo veel trauma-informatie en hands-on training met traumasets kunnen krijgen. Wij hopen u allen in groten getale te mogen begroeten in de RAI op 22 en 23 november 2018!

Namens de Traumadagencommissie,
Mike Hogervorst, traumachirurg Gelre ziekenhuizen en voorzitter Traumadagen 2018

Kijk voor meer informatie op www.trauma.nl/traumadagen-2018

LVO-INFORMATIE

Ger Creemers, voorzitter, voorzitter@lvo.nl

Hennie Mulder, penningmeester en redactiecoördinator
OK Operationeel operationeel@lvo.nl en
penningmeester@lvo.nl

Jeanine Stuart, secretaris en bestuurslid Opleiding & Scholing
secretaris@lvo.nl en onderwijs@lvo.nl

Nicole Dreessen, bestuurslid Beroepsbelang Kwaliteit &
Veiligheid beroepsbelang@lvo.nl

Monique de Kort, bestuurslid Congres, congres@lvo.nl

Jurrien Jongbloed projectleider Communicatie
prvoorlichting@lvo.nl

Lid worden van de LVO?

<https://lvo.nl/lidmaatschap/>
inschrijven

Lidmaatschap opzeggen

Dit dient voor 1 oktober te
gebeuren.

[https://lvo.nl/lidmaatschap/
opzeggen](https://lvo.nl/lidmaatschap/opzeggen)

Ledenadministratie

ledenadministratie@lvo.nl



SAMEN STERK IN DE OK

Het platform voor iedereen die op de OK werkt! Met het laatste nationale en internationale OK-nieuws, blogs, vacatures, evenementen en een documentenbank. Kom in contact met collega's in binnen- en buitenland.

Doe mee met ons lezersonderzoek en maak kans op een dinerbon t.w.v. €100,-
Scan de QR-code:

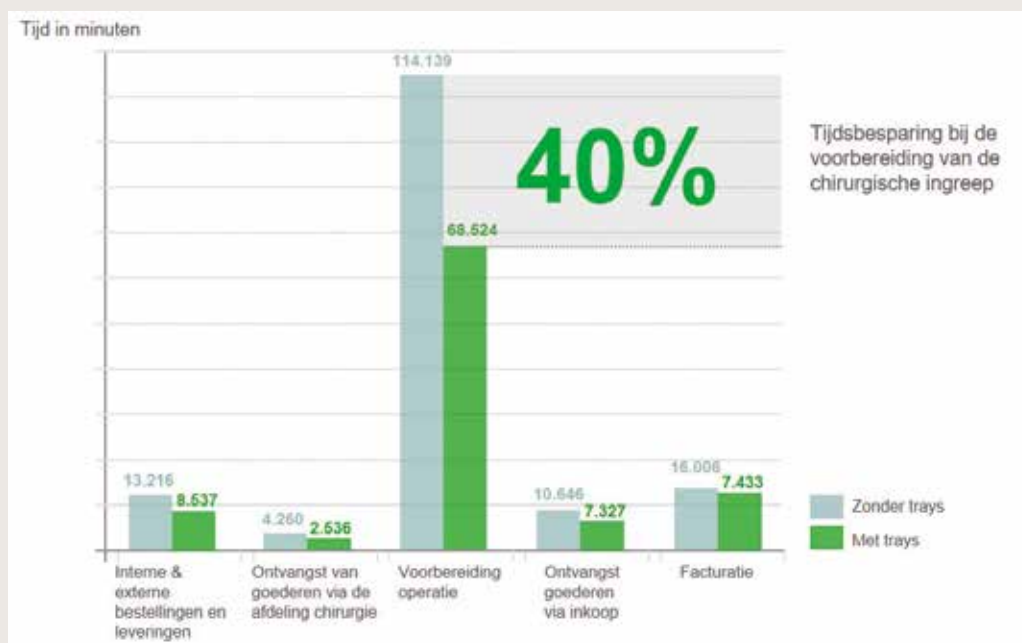


WWW.OKVISIE.NL



Gebruik van Mölnlycke® procedure trays resulteert in efficiëntere behandeling voor meer patiënten¹

Bespaar tijd met Mölnlycke® procedure trays



Referenties: 1. Greiling, M. A multinational case study to evaluate and quantify time-saving by using custom procedure trays for operating room efficiency. Gegevens voorgesteld aan de European Association of Hospital Managers, september 2010 (poster).

Mölnlycke® procedure trays

Mölnlycke® procedure tray is een volledige serviceoplossing die veiligheidsverhogende kwaliteitsproducten, leveringsopties en logistieke mogelijkheden combineert met permanente ondersteuning en training. Samen maken die elementen dat u tijd, inspanning en kosten bespaart. Hierdoor komen waardevolle middelen vrij en kan efficiënter worden gewerkt, zodat u meer patiënten een efficiëntere behandeling kunt geven.

Dit blijkt uit de resultaten van de multinationale case studie uitgevoerd door **Professor Dr. Michael Greiling**, Instituut voor Workflow-Management in de gezondheidszorg (IWiG) van de universiteit van Gelsenkirchen, Duitsland. De resultaten laten zien dat na de invoering van Mölnlycke® procedure trays er in de onderzochte ziekenhuizen tussen 40% en 59% tijd werd uitgespaard met het gebruik van Mölnlycke® procedure trays¹.



Meer informatie vindt u op www.molnlycke.nl

Mölnlycke Health Care BV, Postbus 3196, NL-4800 DD Breda, Nederland. Tel. 076 521 96 63, Fax 076 522 17 82.
De Mölnlycke merknaam, naam en logo zijn wereldwijd geregistreerde handelsmerken van de Mölnlycke Health Care groep.
©2018 Mölnlycke Health Care. Alle rechten voorbehouden.



Wij zoeken nieuwe collega's

Kijk op
www.oogziekenhuiszonnestraal.nl

Wil jij werken in een klein team met veel zelfstandigheid? Is patiënttevredenheid voor jou zeer belangrijk? Word je enthousiast van de mogelijkheden bij een focuskliniek, zoals specialisatie én prettige en flexibele werktijden? Dan ben je helemaal op je plek bij Oogziekenhuis Zonnestraal in Flevoland!

Voor onze vestigingen in Flevoland (Lelystad en Emmeloord) zijn we op zoek naar:

Zelfstandige **OK-assistenten**

Enthousiaste **OK-assistenten** 2e deskundigheid

Part-time **Anesthesie-assistenten**

Ook bij onze vestigingen in Amsterdam en Amersfoort zijn volop mogelijkheden voor OK-personeel.

Heb je interesse?

Reageer dan via onze website of stuur je sollicitatie naar vacature@oogziekenhuiszonnestraal.nl o.v.v. de vacaturenaam. Voor informatie over de vacatures kan contact worden opgenomen met Judith Beikes (Teamleider OK) via **06 23 18 66 19**.

Menselijk communiceren op het OK-complex

Een operatie- of anesthesieteam bestaat uit goed opgeleide professionals. Getraind voor routinewerkzaamheden en voorbereid op onverwachte situaties. Tijdens een operatie vormt het team een klein systeem met een eigen hiërarchie en wetten. Iedereen heeft zijn eigen plaats, taak en verantwoordelijkheden. Hierbij hoort functionele communicatie, met voornamelijk opdrachten en mededelingen over observaties.

Buiten de operaties om is zo'n strakke hiërarchie niet meer nodig. De verhoudingen en onderlinge betrokkenheid zouden zich weer moeten normaliseren. Maar menselijke communicatie – die uiting geeft aan emoties en zorg om elkaar – blijkt moeilijk, hoe vanzelfsprekend het ook lijkt.

Als een ingreep goed is verlopen, wordt dat normaal gevonden. Het is immers je werk. Het voelt ongemakkelijk om uit spreken dat een complexe operatie alleen kon lukken doordat iedereen zijn taak verstond. Het is niet makkelijk om complimenten te geven of te ontvangen. Een oudere, ervaren chirurg heeft dezelfde behoefte aan erkenning als een beginnende assistent of meekijkende co-assistent. Een jonge chirurg die ik begeleidde wist haar onzekerheid perfect te camoufleren. Het hielp haar zelfvertrouwen enorm toen een ervaren operatieassistent spontaan tegen haar zei dat ze het heel goed deed.

Als het bij een ingreep misgaat, dan wordt de procedure nog eens doorgenomen, maar soms gaan dingen mis zonder dat er iets fout is gedaan. Het delen van teleurstelling of een verdrietig gevoel na zo'n moment is een normale menselijke behoefte. Samen hierover praten helpt om dit zware werk vol te houden en maakt het omgaan met elkaar ook veel fijner.

Onze menselijke, kwetsbare kant laten zien, betekent niet dat we ons gezag kwijtraken, onze plaats in het systeem verliezen. Jaren geleden werd ik op een avond met spoed geroepen bij een puber die een legostukje had geaspireerd. Met de starre scoop, onder

narcose, zou ik het wiertje eruit halen. Ik was net klaar met de opleiding en had zoiets nog nooit gedaan. De scoop werd ingebracht en nu kwam het moment waarop ik het wiertje moest pakken. Mijn hand trilde zo erg dat ik de lange tang onvolgende onder controle kon krijgen om die in de scoop te brengen. De operatieassistent zag dat, legde haar hand op mijn arm en zei zachtjes, zodat alleen ik het hoorde: 'Rustig maar. Je kunt het.' En het ging goed.

Daarna heb ik haar niet bedankt of verteld hoe haar woorden mij door dit moeilijke moment hadden geholpen. Ik ging snel van de OK weg, omdat ik me schaamde dat ze had gezien hoe onzeker en onervaren ik nog was. Dat had ik anders moeten doen!

We hebben allemaal gevoelens van vreugde en verdriet, en die zijn niet weg als het operatieschort aangaat, ook al zijn we op dat moment in staat te doen wat van ons verwacht wordt. Werken is veel plezieriger als die andere kanten van ons ook gezien kunnen worden. Dat levert geen 'softe' leuermomenten op, maar even oprechte aandacht voor elkaar. Bedenk dat wat jou goed doet waarschijnlijk ook belangrijk is voor iemand anders.

Laten we om te beginnen niet meer over elkaar roddelen. In een emotioneel veilige werkomgeving past zorg voor elkaar en ruimte voor emoties. Hoe onwennig dit ook is.

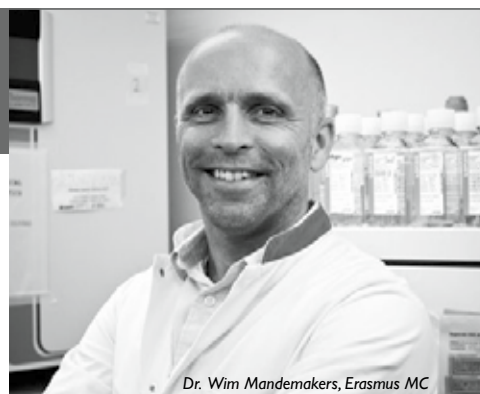
Bert Baas is longarts in ruste en opgeleid tot supervisor/coach. Hij gebruikt zijn jarenlange klinische ervaring nu voor het coachen van (para)medici die willen praten over hun werk en over de problemen waar ze tegenaan lopen: www.baasiscoaching.nl.



Draag bij aan de oplossing voor Parkinson.

Steun het wetenschappelijk onderzoek.

20 JAAR STICHTING
ParkinsonFonds
www.parkinsonfonds.nl • IBAN: NL10 ABNA 0504 201 530



Dr. Wim Mandemakers, Erasmus MC



VIO® 3

plug and operate

Elektrochirurgie met maximaal comfort

Wij geloven, dat een chirurgisch team niet afgeleid moet worden door technische details. Keuzes dienen gemaakt te worden op basis van gewenst chirurgisch resultaat. Met dynamische pictogrammen die een indicatie geven, bieden wij de keuze voor een chirurgisch effect.

Overige voordelen:

- 1) overzicht van alle instrumenten en modi. All-in one View
- 2) instrumenten worden weergegeven door pictogrammen, overzichtelijk!
- 3) uniek universeel stecker concept, verkeerd aansluiten wordt voorkomen
- 4) advies bij aansluiten van instrumenten via StepGuide
- 5) geïntegreerde gebruikshandleiding, altijd overeenkomstig de software versie
- 6) chirurgisch gezien: onze beste dissector - coagulator ooit, ervaar het zelf!